

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963

THÈSE

1182

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Claude, Gaston, Georges BORNET

Externe des Hôpitaux

Né le 27 Octobre 1936, à Paris

Présentée et soutenue publiquement le

1963

SUBLINGUALITE CHRONIQUE

ETUDE ANATOMO-CLINIQUE — A PROPOS DE 12 CAS

Président : M. DECHAUME, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1963

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : BORNET

Prénoms : CLAUDE, GASTON, GEORGES

Date de soutenance

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

BORNET (CLAUDE, GASTON, GEORGES). — Sublingualite chronique. Etude anatomo-clinique. A propos de 12 cas. — Paris, Imp. R. Foulon & Cie, 1963, in-8°, 56 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1963, N°).

BORNET (CLAUDE, GASTON, GEORGES). — Sublingualite chronique. Etude anatomo-clinique. A propos de 12 cas. — Paris, Imp. R. Foulon & Cie, 1963, in-8°, 56 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1963, N°).

BORNET (CLAUDE, GASTON, GEORGES). — Sublingualite chronique. Etude anatomo-clinique. A propos de 12 cas. — Paris, Imp. R. Foulon & Cie, 1963, in-8°, 56 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1963, N°).

BORNET (CLAUDE, GASTON, GEORGES). — Sublingualite chronique. Etude anatomo-clinique. A propos de 12 cas. — Paris, Imp. R. Foulon & Cie, 1963, in-8°, 56 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1963, N°).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Claude, Gaston, Georges BORNET

Externe des Hôpitaux

Né le 27 Octobre 1936, à Paris

Présentée et soutenue publiquement le

196

SUBLINGUALITE CHRONIQUE

ETUDE ANATOMO-CLINIQUE — A PROPOS DE 12 CAS

Président : M. DECHAUME, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1963



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelieuvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN : Léon BINET. *Membre de l'Institut*

1^{er} ASSESSEUR : Gaston CORDIER — 2^e ASSESSEUR : Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.), SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Educat. phys. et aux Sports	CHAILEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.), BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.), D'JOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale ..	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.), POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pathologie chirurgicale	
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales :	
<i>Beaujon</i> : LORTAT-JACOB (J.-L.) — <i>Cochin</i> : LÉGER (L.), ABOULKER (P.) — <i>Hôtel-Dieu</i> : PATEL (J.) — <i>Pitié</i> : CORDIER (G.) — <i>Saint-Antoine</i> : GOSSET (J.) — <i>Salpêtrière</i> : SICARD (A.) — <i>Tenon</i> : OLIVIER (Cl.).	
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopéd. et traumat. (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) ..	GAUDART D'ALLAINES (F. DE)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec) ..	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades) ..	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilit. (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) .	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales :	
<i>Boucicaut</i> : MILLIEZ (P.) — <i>Broussais</i> : LENÈGRE (J.) — <i>Cochin</i> : JUSTIN-BESANÇON (L.), BROUET (G.) — <i>Hôtel-Dieu</i> : BARIÉTY (M.) — <i>Lariboisière</i> : SÈZE (S. DE) — <i>Pitié</i> : DREYFUS (G.) — <i>Saint-Antoine</i> : KOURILSKY (R.).	
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat) ..	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. DE)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales :	
<i>Baudelocque</i> : LACOMME (M.) — <i>Foch</i> (Suresnes) :	MERGER (R.).
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) .	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) ..	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades) ..	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) ..	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine) ..	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Médecine	BOUR (H.), LHERMITTE (F.), PEQUIGNOT (H.)
----------------	---

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

Anatomie :

MM. CABROL (C.); COUINAUD (C.);
GILLOT (C.); OLIVIER (G.), *pr. s. ch.*

Anatomie pathologique :

Mlle GAUTHIER-VILLARS (P.), *pr. s. ch.* ; MM. ABELANET (R.); CHOMETTE (G.); GOUYGOU (Ch.), *m. conf.* ; NEZELOFF (Ch.) ; ORCEL (L.) ; PAILLAS (J.).

Anesthésiologie :

MM. KERN (E.); VOURC'H (G.).

Bactériologie :

MM. BARBIER (P.), *pr. s. ch.* ; CHRISTOL (D.); LE MINOR (L.); TOURNIER (P.).

Biochimie médicale :

MM. BAULIEU (Et.), *m. conf.* ; BOURILLON (R.); CARTIER (P.); DREYFUS (J.-Cl.); GONNARD (P.); KRUH (J.); JEROME (H.).

Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports : M. PLAS (F.).

Carcinologie :

MM. BOIRON (M.); DENOIX (P.); MATHÉ (G.); SELIGMANN (M.).

Dermato-Syphiligraphie :

MM. CIVATTE (J.); DUPERRAT (B.).

Electro-Radiologie :

M. LEDOUX-LEBARD (G.).

Hématologie :

MM. BESSIS (M.); BILSKI-PASQUIER (G.); DAUSSET (J.); DUHAMEL (G.).

Histologie :

MM. COIJARD (R.), *pr. s. ch.* ; MAROIS (M.); RACADOT (J.).

Hydrologie :

MM. BESANÇON (F.); CORNET (A.).

Hygiène :

MM. BOYER (J.), *pr. s. ch.* ; BLANCHER (G.); Mme CORRE-HURST (L.); SAPIN-JALOUSTRE (H.).

Maladies infectieuses :

MM. BASTIN (R.), *pr. s. ch.* ; DUPONT (V.).

Médecine légale :

MM. FOURNIER (E.); GUENIOT (M.); HADENGUE (A.).

Médecine du travail : M. ALBAHARY (C.).

Neuro-chirurgie : M. PERTUISSET (B.).

Neurologie : M. LAPRESLE (J.).

Obstétrique :

MM. GRANJON (A.); HERVET (E.); LE LORIER (G.); LEVY (J.); MORIN (P.); MUSSET (R.); ROBÉY (M.); SENEZE (J.); SUREAU (C.); THOYER-ROZAT (J.).

Ophtalmologie :

MM. BRÉGEAT (P.); DUBOIS (A.); SARAUX (H.).

Orthopédie :

MM. JUDET (R.); MEARY (R.); POSTEL (M.); RAMADIER (J.).

Oto-rhino-Laryngologie :

MM. DEBAIN (J.); PIALOUX (P.).

Parasitologie :

MM. GOLVAN (Y.); LAPIERRE (J.).

Pathologie chirurgicale :

MM. BARCAT (J.); BINET (J.-P.); CERBONNET (G.); CHATELIN (C.-L.); DUBOST (Ch.); DUBOST (Cl.); FAUREL (J.); FLABEAU (F.); GARBAY (M.); GARNIER (H.); GAUDART-D'ALLAINES (Cl. de); GERMAIN (A.); LATASTE (J.); LOYGUE (J.); MERCADIER (M.); NATALI (J.); PELLERIN (D.); PERROTIN (J.); ROBERT (H.); THOMERET (G.).

Pathologie exotique : M. SCHNEIDER (J.).

Pathologie expérimentale :

MM. BENHAMOU (J.-P.); BERTHAUX (P.); BOVIN (P.); CROSNIER (J.); HARTMANN (L.); LÉPER (J.), *pr. s. ch.* ; MAURICE (J.); MIKOL (Cl.); RICHET (G.).

Pathologie médicale :

MM. AUSSANNAIRE (M.); BOUVIER (J.); BOUVRAIN (Y.); BRICAIRE (H.); BRISSAUD (H.); BROCARD (H.); BUGE (A.); CATINAT (J.); CHRÉTIEN (J.); COBLENTZ (B.); CONTAMIN (F.); COURY (C.); ÉTIENNE (J.-P.); FREZAL (J.); FRITEL (D.); HENNEQUET (A.); HIMBERT (J.); HOUSSET (E.); LAROCHE (Cl.); LESOBRE (R.); LÉVÊQUE (B.); MACREZ (C.); MOREAU (L.); NICK (J.); ROYER (P.); TOURNEUR (R.); WOLFROMM (R.).

Pédiatrie-Puériculture :

MM. LAFOURCADE (J.); LEPERCQ (G.); MANDE (R.); MOZZICONACCI (P.); POLONOVSKI (C.); ROSSIER (A.); VIALATTE (J.).

Pharmacologie :

MM. BOISSIER (J.); LECHAT (P.).

Physiologie :

MM. BARRES (G.); DEJOURS (P.),
pr. s. ch.; DURAND (J.); GIRARD *m. conf.*; HUGELIN (A.); SCHERRER (J.).

Physique médicale :

MM. CHANTEUR (J.); GOUGEROT (L.),
m. conf., *pr. s. ch.*; GREMY (F.), *m. conf.*; MILHAUD (G.); PELLERIN (P.);
ROUCAYROL (J.-Cl.); TUBIANA (M.),
m. conf.

Pneumo-phthisiologie :

MM. KREIS (B.); MEYER (A.);
RENAULT (P.).

Psychiatrie : M. PICHOT (P.).

Psychiatrie infantile :

MM. DENIKER (P.); DUCHE (D.);
FLAVIGNY (H.).

Rhumatologie : M. DELBARRE (F.).
pr. s. ch.

Stomatologie :

MM. CERNEA (P.); Mme CHAPUT
(A.), *m. c. agr.*; M. GRELLET (M.).

Thérapeutique :

MM. CHASSAGNE (P.); MARCHE (J.).

Urologie :

MM. AUVERT (J.); MOULONGUET (A.);
QUENU (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

Anatomie : M. DEBEYRE (J.).

Clinique chirurgicale : VERNE (J.-M.).

Clinique médicale :

MM. PERRAULT (M.); RAMBERT (P.);
THIEFFRY (S.).

Clinique obstétricale :

MM. GRASSET (J.); MAYER (M.).

Clinique ophtalmologique :

MM. DESVIGNES (P.); OFFRET (G.).

Clinique pédiatrique et puériculture :

M. LAPLANE (R.).

Clinique psychiatrique : M. BARUK (H.).

Clinique urologique : M. KUSS (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie M. HAUDUROY (P.), *prof. sans chaire*

Pathologie chirurgicale M. RUDLER (J.), *prof. sans chaire*

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté

M. LENA (J.)

Secrétaire principal

Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque,

Conservateur du Musée d'Histoire de la
Médecine

M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs

Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.),
QUIÉVREUX (E.)

Bibliothécaire

Mmes CONTET (J.), FORGET (F.),
Mlle LAURENT (H.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548801_0044

A MON PÈRE
LE DOCTEUR GASTON BÖRNET

*Qu'il lui pardonne de ne pas lui
revenir en jeunesse, et qu'il lui
reçoive en toute son enfance et sa jeunesse
pour l'exemple qu'il a toujours été pour lui.*

A MA MÈRE
LE DOCTEUR SUZANNE BORNET-MARION

*Je la remercie de sa patience et de son
dévouement.*

A MA FEMME

En gage de toute ma tendresse.

A MON FILS

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DECHAUME

Professeur de Clinique Stomatologique

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui nous a accueilli avec tant de bienveillance, et a bien voulu nous guider dans cette étude. Qu'il soit assuré de notre profonde admiration et de notre infinie reconnaissance pour l'enseignement qu'il a bien voulu nous donner pendant toute une année passée auprès de lui.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GRELLET

Stomatologiste des Hôpitaux

*En hommage de reconnaissance pour
l'aide et la bienveillance dont il nous a
entouré tout au cours de l'élaboration de
ce travail.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR FLEURY

Stomatologiste des Hôpitaux

Maître de conférence Agrégé

*Qui le premier, nous initia à la patho-
logie buccale et nous a si aimablement
accueilli dans son Service, qu'il trouve ici
l'expression de notre gratitude pour toute
l'attention qu'il n'a cessé de nous témoigner.*

AU DOCTEUR LACAISSÉ

Stomatologiste des Hôpitaux

*Qui a bien voulu nous entourer de sa
bienveillante sollicitude, qu'il trouve ici
toute notre reconnaissance et nos remercie-
ments pour la belle observation qu'il a bien
voulu nous confier.*

AU DOCTEUR CAUHÉPÉ
Stomatologiste des Hôpitaux

*En témoignage de notre reconnaissance
pour son amical enseignement et l'affec-
tueux intérêt qu'il ne cesse de nous porter.*

AU DOCTEUR BUREAU
Stomatologiste des Hôpitaux

*Avec notre gratitude pour l'enseignement
si précis et si amical. Qu'il soit assuré du
souvenir que nous gardons des matinées
auprès de lui.*

AU DOCTEUR M. P. MARIE
Stomatologiste des Hôpitaux

*Avec notre gratitude pour son enseigne-
ment si précieux et si amical.*

AU DOCTEUR PAYEN

*Il nous a toujours accueilli avec gentil-
lesse dans son Laboratoire. Qu'il soit remer-
cié pour la part active qu'il a pris dans
l'élaboration de ce travail.*

AU DOCTEUR NETTER
Stomatologiste des Hôpitaux

AU DOCTEUR DEFFEZ
Stomatologiste des Hôpitaux

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOULONGUET

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE GENNES

MONSIEUR LE PROFESSEUR HAMBURGER

MONSIEUR LE PROFESSEUR LELONG

A NOS PATRONS D'EXTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET

Chirurgien des Hôpitaux

Qui nous a initié à la pathologie chirurgicale.

MONSIEUR LE DOCTEUR BLOCH-MICHEL

Médecin des Hôpitaux

Qui nous a entouré de sa bienveillance et chez qui nous avons reçu un enseignement irremplaçable.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AUBRY

Laryngologiste des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIALLOUX

Laryngologiste des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR H. BOUR

Médecin des Hôpitaux

Qui, tout au long de notre externat, nous a entouré de son enseignement et de ses conseils bienveillants.

INTRODUCTION

La pathologie non tumorale de la glande sublinguale ne semble pas avoir attiré l'attention des différents auteurs qui se sont intéressés à la pathologie des glandes salivaires. Aussi les références que nous avons retrouvées dans la littérature sont-elles faibles ! Dans les différents congrès, chaque fois que les lésions inflammatoires des glandes salivaires étaient envisagées, la sublinguale était passée sous silence.

Dans cette étude, nous essayons modestement de mettre en évidence les différents aspects anatomo-cliniques des atteintes sublinguales.

Nous envisagerons successivement :

- l'anatomie de la glande : elle nous permettra d'entrevoir les difficultés opératoires ;
 - l'histologie de la glande nous fera mieux comprendre la qualité et l'intensité des lésions microscopiques ;
 - la clinique et les examens radiologiques ;
 - le traitement exclusivement opératoire.
-

ANATOMIE

La glande sublinguale est la moins volumineuse des glandes salivaires. Elle n'est point placée dans une loge semblable à la loge parotidienne ou sous-maxillaire.

Elle est plongée dans un tissu cellulaire assez lâche. Cette laxité de l'atmosphère conjonctive péri-glandulaire est en rapport avec la mobilité de la région.

La forme de la glande sublinguale est un fuseau allongé, aplati dans le sens transversal et parallèle au corps de la mâchoire. Son grand axe se dirige donc en avant et en dedans. Elle mesure environ 3 cm de long. Le diamètre vertical est de 5 mm ; son poids moyen de 2 à 3 grammes environ.

Elle présente à décrire deux faces, deux bords et deux extrémités :

- la face externe est convexe, répondant à la fossette sublinguale du maxillaire ;
- la face interne, légèrement concave, répond aux muscles de la face inférieure de la langue ;
- le bord supérieur est épais, arrondi, soulevant la muqueuse du plancher, formant ainsi de chaque côté du frein de la langue deux crêtes allongées suivant le grand axe de la glande. C'est sur cette crête que s'ouvrent les orifices généralement invisibles des conduits excréteurs de la glande ;
- le bord inférieur, plus mince, répond à l'angle formé par les muscles de la langue et le mylo-hyoïdien.

On distingue deux extrémités :

- l'une antérieure, allongée, filiforme, répondant à la face postérieure de la symphyse, aux apophyses géni supérieures et aux génio-glosses qui s'y insèrent. À ce niveau, elle est accolée à celle du côté opposé, séparée par une couche de tissu cellulaire lâche. Certains (FLEISCHMANN) ont décrit entre les deux glandes une bourse séreuse ;
- l'autre postérieure, séparée ordinairement de la sous-maxillaire par un intervalle de 7 à 8 mm.

On a décrit un prolongement interne sous-mylo-hyoïdien pouvant faire saillie dans les régions sus-hyoïdiennes (TESTUT); on le rencontre soit à la partie antérieure, soit à la partie moyenne. Plus fréquent est un prolongement de la sous-maxillaire, de siège sus-mylo-hyoïdien, que certains rattachent à la sous-maxillaire (POIRIER, DECHAUME), que d'autres (REDON) considèrent comme partie intégrante de la sublinguale.

La glande se draine par des canaux et des canalicules suivant des modalités variables.

L'origine intra-glandulaire est variable :

- soit ramescence par voie dichotomique ;
- soit canal axial avec conduits secondaires ;
- soit épanouissement des conduits de calibre sensiblement égal.

Pour POIRIER, en effet :

« Il n'existe jamais de canal collecteur unique. Les conduits excréteurs, toujours multiples, s'ouvrent directement dans la cavité buccale et ne s'abouchent en aucun cas dans le canal de Wharton. »

En règle, le nombre de conduits excréteurs varie de quinze à trente. Ils émergent au niveau du bord supérieur de la glande et viennent s'ouvrir dans la cavité buccale en perforant la crête sublinguale. Leurs orifices sont disposés sur une même ligne, mais régulièrement espacés. Ces conduits sont habituellement dénommés : canaux de Whalter.

Parfois, quelques conduits se réunissent pour constituer un canal plus volumineux, collecteur, décrit sous le nom de Rivinus ou de Bartholin. Ce canal naît à la face profonde de la glande. Il se porte en haut et en avant, s'accolant au Wharton. Souvent, il est contenu dans la même gaine que le Wharton. Après un trajet de 1 à 2 cm, il s'abouche :

- soit dans la bouche en dehors de l'ostium pour POIRIER, toujours ;
- soit dans le Wharton, dans la moitié des cas (VERNE, DUBREUIL et BAUDRIMONT, DECHAUME).

La glande, par ses faces, répond à une « loge » dont les limites ne sont pas aussi précises que pour la parotide par exemple.

C'est en soulevant la pointe de la langue que l'on découvre de chaque côté du frein de la langue, le plafond de la région constitué par la muqueuse mince et peu adhérente du plancher de la bouche.

Cette muqueuse passe en pont depuis la gencive en dehors jusqu'à la face inférieure de la langue en dedans, formant le repli ou sillon alvéolo-lingual.

Elle présente une saillie rugueuse : la crête ou repli sublingual qui se termine en avant et en dedans vers le frein de la langue au niveau de la caroncule salivaire.

Lorsque l'on incise la muqueuse tout le long du sillon alvéolo-lingual, on tombe dans une gouttière assez profonde, limitée :

- en dedans, par la racine de la langue, formée par les muscles génio-glosse et hyo-glosse obliques en haut et en avant ;
- en bas, par la face interne ou profonde du muscle mylo-hyoïdien qui forme la sangle du plancher de la bouche avec celui du côté opposé. Il délimite deux étages au plancher, l'un sous-mylo, l'autre sus-mylo-hyoïdien qui contient la loge sublinguale ;
- en dehors, par la face interne de la branche horizontale du maxillaire inférieur creusée de la fossette sublinguale. Cette face est d'autant plus haute que le sujet est mieux denté ; ce qui explique la difficulté de l'intervention sur la glande chez un malade présentant un rempart alvéolaire normal.

De même, elle explique certaines confusions lors du diagnostic de l'affection, pouvant faire prendre les lésions de sublingualite pour une « hernie » du plancher chez l'édenté, telle qu'il est habituel de la rencontrer.

Cette gouttière formant la loge sublinguale peut communiquer en avant avec celle du côté opposé au niveau du frein de la langue. En arrière, au contraire, elle s'ouvre largement dans la loge sous-maxillaire d'où viennent de nombreux éléments vasculo-nerveux qui contractent des rapports avec la glande.

Ainsi, dans du tissu cellulaire lâche, on trouve :

- le prolongement sublingual ou lobe sus-mylo-hyoïdien de la glande sous-maxillaire ;
- le canal de Wharton ;
- le canal de Rivinus ;
- le nerf lingual ;
- le grand hypoglosse ;
- les vaisseaux et les nerfs sublinguaux ;

dont nous donnerons les rapports par rapport à la glande.

Si l'on considère l'axe oblique en avant et en dedans que forme la glande dans son ensemble, c'est pratiquement entre sa face interne et la masse charnue de la langue que passent les différents éléments.

1) Le canal de Wharton se dégage de la glande sous-maxillaire au niveau du bord postérieur du mylo-hyoïdien. Il passe sur le

muscle, contourne parfois le pôle postérieur de la sublinguale, se dirigeant en avant entre hyo-glosse et génio-glosse en dedans et la glande en dehors.

Il longe celle-ci jusqu'au pôle antérieur. A ce niveau, il tend à venir sur un plan supérieur à la glande pour gagner le sommet de la caroncule.

Il est accompagné, au cours de son trajet, par le prolongement de la sous-maxillaire, plus ou moins loin, suivant qu'il est volumineux ou non. Il passe comme le Wharton à la face supéro-interne du mylo-hyoïdien.

2) Le canal de Rivinus se dégage de la partie postérieure de la glande sublinguale, il suit la face interne de la glande dans un plan inférieur au Wharton, pour se terminer :

- soit au plancher de la bouche ;
- soit dans le canal de Wharton.

3) L'artère sublinguale naît à la partie toute postérieure de la loge, de l'artère linguale, dont elle est une branche de bifurcation. Elle continue la direction du tronc artériel. Elle passe sous la glande sublinguale, répondant ensuite à sa face profonde tout en longeant le muscle génio-glosse. Elle suit le mylo-hyoïdien doublé du génio-hyoïdien. Au cours de ce trajet, elle croise le Wharton obliquement. Dans son ensemble, elle est située au-dessous et en dedans de lui.

Elle donne des branches à toutes les parties qui constituent le plancher buccal et surtout à la muqueuse. Deux branches anastomotiques surtout sont importantes :

- l'une, qui traversant le plancher de la bouche, gagne l'artère sous-mentale sur un plan plus interne que la glande ;
- l'autre, antérieure, qui s'anastomose avec celle du côté opposé au niveau du frein de la langue, formant un rameau arciforme au niveau du pôle antérieur de la glande.

4) Le nerf grand hypoglosse, situé très profondément, ne parcourt que la partie postérieure de la loge. Il passe dans le sinus ouvert en haut que forment le mylo-hyoïdien en dehors et l'hyo-glosse - génio-glosse en dedans. Il perd tout rapport rapidement, se ramifiant bientôt pour innerver la langue.

5) Le trajet du nerf lingual mérite d'être examiné plus en détail. En effet, d'externe par rapport à la glande, il devient interne, affectant avec le canal de Wharton des rapports essentiels : véritable point de repère de la chirurgie salivaire au niveau du plancher buccal.

En effet, il occupe la région superficielle de la loge. Il y pénètre en regard de la dent de sagesse. Il est à ce niveau très proche du maxillaire, se dirige ensuite en bas et en avant, tandis que d'externe il tend à devenir interne. Au cours de ce trajet, il aborde le canal de Wharton sur la face interne de la glande.

Situé d'abord en dehors et au-dessus du canal, le nerf passe au-dessous, le contourne et le prend dans une anse à concavité supérieure. Arrivé à la partie interne du canal, le nerf lingual passe sur l'artère sublinguale et monte à la langue.

Ainsi, le nerf lingual et le canal de Wharton s'entrecroisent sur la face interne de la glande sublinguale, le nerf étant successivement externe et supérieur, inférieur, puis interne et supérieur.

Après ce croisement, il donne le nerf sublingual qui innerve la glande ; il émet à ce niveau le ganglion sublingual.

Les veines sont nombreuses. Elles sont satellites de l'hypoglosse, du lingual et du canal de Wharton. Plus particulièrement, la veine sublinguale passe sur la face interne de la glande, au-dessous du Wharton sur un plan voisin de celui de l'artère.

Les rapports de ces différents éléments dans la loge sublinguale, presque tous situés sur la face interne de la glande, permettent dans une certaine mesure d'expliquer la symptomatologie d'emprunt à la sous-maxillaire. Surtout, devant la petitesse de la région, dont l'abord est encore rendu plus difficile dans une bouche normalement dentée, il faut se souvenir de ce point de repère capital qu'est le croisement nerf lingual-canal de Wharton. C'est ce croisement que la dissection s'applique à découvrir, permettant de localiser la sublinguale en avant et en dehors.

HISTOLOGIE

Au point de vue histologique, la glande sublinguale comprend deux portions distinctes constituant un « complexe sublingual » :

- une glande majeure débouchant en règle par le canal de Rivinus ;
- et des glandes mineures s'ouvrant dans le pli sublingual, par autant de canaux qu'il existe de lobules glandulaires.

Cette glande majeure est une glande mixte : muqueuse et séreuse. Elle est constituée par des segments sécréteurs et des segments excréteurs ; les tubes mixtes sont allongés et ramifiés.

Les éléments sécréteurs sont représentés par un mélange de cellules séreuses et muqueuses ordonnées suivant diverses modalités.

Tantôt, il s'agit de tubes muqueux de bout en bout, tantôt de cellules séreuses polyédriques ou aplaties. De place en place, se logent par groupe de deux, trois, quatre, des cellules de Boll, dites en panier. Elles sont situées entre les cellules muqueuses formant les croissants de Gianuzzi.

La signification de ces croissants a été longtemps discutée. Leur nature séreuse a été démontrée par leur aspect tour à tour sombre et granuleux et par leur cycle sécrétoire (VERNE).

De fins canalicules inter-cellulaires, formant une arborisation passant entre les parois des cellules muqueuses, se fusionnent en un canal, permettant aux produits de sécrétion d'être déversés dans la lumière des acini.

Les segments excréteurs des glandes salivaires. Ces canaux sont de structure complexe. Les acini aboutissent par ramification à un canal sus-lobulaire pour chaque lobule, donnant ensuite des canaux inter-lobulaires plus ou moins nombreux, plus ou moins importants, aboutissant à un canal collecteur.

La structure de ces canaux est variable suivant le trajet.

Les canaux de Boll, extrêmement courts (DUBREUIL), sont situés en bout d'arborisation. Ils pédiculisent un groupe d'éléments sécr-

teurs, chacun de ceux-ci s'ouvrant à leur terminaison ou sur leur trajet. Ils sont limités par une vitrée, leur paroi pròpre est faite de cellules cubiques basses à noyau petit, arrondi ou ovoïde, aplati, à chromatine condensée. La lumière formée est étroite et régulière.

Les canaux de Pflüger (à épithélium strié) sont intra et sus-lobulaires. La vitrée est souvent doublée sur sa face externe par une mince couche conjonctive ; elle possède, sur sa face interne, quelques cellules myo-épithéliales et des cellules à bâtonnets, témoins d'une activité sécrétoire niée par certains.

Les canaux excréteurs qui font suite aux canaux de Pflüger, toujours inter-lobulaires, se résument en un canal unique, collecteur de taille variable, plus ou moins large, à paroi de plus en plus épaisse.

Au niveau de la paroi du canal collecteur, on distingue :

- une couche externe conjonctivo-élastique avec vaisseaux et nerfs ;
- une couche profonde constituée par une vitrée collagène et un épithélium prismatique à deux couches ou pluristratifié.

La couche superficielle est formée de cellules prismatiques, parfois très hautes, bordées d'un mince plateau ou d'une cuticule à pôle apical avec quelques cellules caliciformes.

La couche basale est constituée de quelques cellules germinatives basses et de quelques cellules de Boll.

Au voisinage de l'abouchement buccal, le canal collecteur possède un épithélium malpighien. Il est doublé d'une tunique fibreuse, qui tend à devenir de plus en plus épaisse, présentant des fibres musculaires lisses circulaires et longitudinales avec un petit sphincter à sa terminaison (BAUDRIMONT).

Toute cette structure glandulaire est contenue dans une charpente conjonctivo-élastique.

Elle est entourée d'une mince capsule fibreuse lamelleuse et de cloisons inter-lobulaires qui séparent des groupes de lobules, au niveau desquelles passent les vaisseaux et les nerfs.

A l'intérieur des lobules, le tissu conjonctif est formé de très fines fibres conjonctives et de fibres collagènes péri-acineuses : on y trouve spécialement des blastes et des plasmocytes.

Dans le conjonctif, on trouve souvent des îlots lymphoïdes, soit en follicules à centre germinatif, soit même sous forme de véritables ganglions (DUBREUIL et BAUDRIMONT).

Les vaisseaux et les nerfs pénètrent ensemble dans la glande.

Les artères suivent les cloisons inter-lobulaires. Ces vaisseaux fournissent quelques ramuscules et les réseaux capillaires, puis pénètrent par des artérioles dans le tissu intra-lobulaire, donnant un réseau vasculaire fonctionnel. La lumière de ces capillaires est tantôt ouverte, tantôt fermée et partiellement imperméable suivant l'état d'activité de la glande.

Les veines suivent le même trajet en sens inverse.

Les lymphatiques sont exclusivement péri-lobulaires, naissant par un réseau capillaire à légères mailles anastomosées et rejoignent le réseau superficiel de la capsule ; de là, ils gagnent les collecteurs extra-glandulaires.

Les nerfs pénètrent dans la glande avec les vaisseaux, formant un plexus intra-lobulaire dans les points nodaux duquel il existe des cellules nerveuses ganglionnaires sympathiques et para-sympathiques.

Des ramuscules innervent vaisseaux sanguins et conduits excréteurs, des filets intra-lobulaires pénètrent le lobule principalement avec le canal sus-lobulaire, puis forment un plexus inter-acineux. De là, partent des fibres :

- excito-motrices vers les cellules myo-épithéliales ;
- excito-sécrétoires pour les cellules sécrétantes.

Ainsi séparée par des cloisons conjonctives, la glande est divisée en une grande quantité d'éléments anatomiques différents : lobes, lobules, drainés par des canaux et des canalicules. Ceux-ci permettent d'envisager sa physiologie. — Certains territoires étant fonctionnels pendant que d'autres sont au repos — et surtout sa pathologie permettant d'expliquer les atteintes inflammatoires partielles de la glande, alors que d'autres paraissent histologiquement sains.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions anatomiques des inflammations chroniques, quelle qu'en soit l'étiologie : lithiasique ou non, sont superposables au niveau des différentes glandes salivaires.

Elles atteignent les différents éléments de la glande, qu'il s'agisse des canaux, des canalicules, du parenchyme ou du tissu interstitiel. Les différents travaux de DECHAUME et ses collaborateurs, dans une thèse qu'ils ont inspirée, basée sur une étude anatomo-clinique et radiologique, en font foi.

Au début, les acinis sont normaux en volume, mais légèrement turgescents. Les canalicules présentent un épithélium cylindro-cubique à cellules hautes avec, en périphérie, de petits infiltrats de type inflammatoire.

A un stade plus évolué, la lésion prédomine autour des canaux excréteurs : il s'agit d'un infiltrat de cellules mononucléées qui a tendance à s'étendre entre les acinis voisins.

Le calibre des canaux et des canalicules est modifié, dilaté par endroits à contours anguleux en d'autres points. Les cellules épithéliales sont aplaties. Les acinis paraissent relativement normaux et fonctionnels : on reconnaît aisément qu'il s'agit d'une glande séro-muqueuse à prédominance muqueuse.

A un stade plus avancé encore, les lésions portent sur l'ensemble de la glande et de son canal excréteur.

— Les parois sont le siège de lésions de dilatation encore plus importantes. Les cellules cylindriques deviennent parfois malpighiennes par métaplasie avec plusieurs assises cellulaires, tandis que l'on note une desquamation cellulaire dans la lumière du canal. Dans un cas même, il a été retrouvé une formation kystique très volumineuse.

— Les éléments glandulaires modifiés sont différenciés. Ils subissent une métaplasie régressive et prennent le type canaliculaire excréteur. Dans certains cas cependant, les images sont différentes

et il existe des amas d'acinis qui n'ont plus le type séro-muqueux, mais présentent des lésions de métaplasie muqueuse. Ce stade est extrêmement transitoire et rapide. Il faut admettre avec DECHAUME et PAYEN qu'il existe :

« Des lésions de dédifférenciation progressive des acinis réalisant une métaplasie muqueuse, puis une métaplasie canaliculaire. »

L'ensemble affecte certains lobules, respectant d'autres, si bien que l'on peut trouver des îlots sains et d'autres présentant des stades évolutifs différents.

— Dans le tissu interstitiel, de petits infiltrats de cellules inflammatoires : fibrocytes et lymphocytes, histiocytes en grand nombre, se groupent, se multiplient, formant parfois un centre germinatif ayant tendance à donner des néo-ganglions.

— En périphérie, existe une sclérose, constituée par des fibres collagènes en quantité importante, pauvre en cellules. Cette sclérose pénètre entre les acinis. Elle aboutit au maximum à une dédifférenciation sans ordre, formant des amas de cellules épithéliales et parfois myo-épithéliales, constituant « les amas épi-myo-épithéliaux de Morgan ». L'atrophie complète des acinis avec régression adipeuse est rarement observée.

Les lésions peuvent être à des stades variables suivant le lobule intéressé. Alors que certains lobules sont atteints de façon diffuse, d'autres au contraire paraissent sains anatomiquement et fonctionnellement.

Ainsi, cet organe réagit par unité anatomique élémentaire. C'est dire qu'un lobule peut présenter des lésions inflammatoires moins importantes que son voisin ; certains présentent des lésions de dédifférenciation, d'autres des lésions de métaplasie muqueuse.

Au cours de nos examens histologiques, nous avons toujours trouvé des parties importantes de glande non touchées par le processus inflammatoire.

Comment faut-il considérer ces lésions ? Peut-être comme un caractère propre de la glande sublinguale.

Il faudrait les rapporter à son caractère anatomique. Certes, la glande a un double drainage, d'un côté par le Rivinus, de l'autre directement au plancher de la bouche, mais ces différentes modalités de drainage sont variables.

Surtout la glande est un « complexe » sublingual : juxtaposition d'une glande majeure et de multiples glandes mineures ayant leurs orifices propres.

L'inflammation peut toucher soit la glande majeure, soit les glandes muqueuses du complexe sublingual, alors que le reste de la glande est sain.

Ceci permettrait d'expliquer la latence clinique de l'affection, ou tout au moins la pauvreté de sa symptomatologie, de même que l'absence de complications aiguës.

ETIO-PATHOGENIE

Elle apparaît ordinairement vers le milieu ou la fin de la vie, atteignant classiquement plus volontiers les hommes que les femmes dans un rapport que l'on évalue de 2 à 1, ainsi que le révèlent les travaux américains de NEW et HARPER (Mayo Clinic) et de CZYGAN.

Cependant, il semble qu'en faisant une modeste statistique d'après les cas rapportés dans ce travail, les femmes soient plus fréquemment atteintes que les hommes. En effet, nous retrouvons 8 femmes atteintes pour seulement 4 hommes, soit la proportion inverse.

Pour certains auteurs américains (KING et KOERNER), la radiothérapie ou des ingestions de liquides chimiques pourraient être en cause. Parfois encore, elles seraient consécutives à des infections salivaires aiguës ou encore à des maladies spécifiques, telles que tuberculose, syphilis ou encore actinomycose. Pour certains encore, il faudrait envisager l'existence de tumeurs ou de compressions internes, telles que les réalisent les calculs ou des compressions extrinsèques, ainsi qu'en témoignerait l'existence de cicatrices.

Dans certains cas, la lithiase peut être reconnue à l'origine de l'atteinte inflammatoire sublinguale, mais elle n'apparaît finalement en cause que dans un nombre limité de cas (dans 2 cas seulement sur nos 12 malades).

En fait, bien rares sont les cas où l'on retrouve une cause déclenchante bien définie, si bien qu'il semble, à l'heure actuelle, à la lumière des travaux de DECHAUME, qu'il faille faire appel à un mécanisme nerveux réflexe. Ce mécanisme a été décrit à propos des glandes salivaires majeures que sont les parotides et les sous-maxillaires, à partir d'études sialographiques et histologiques. Nous envisageons la même hypothèse pour expliquer l'atteinte des sublinguales : car nous retrouvons des lésions sialographiques qui sont superposables, tout au moins chaque fois que nous avons pu opacifier le système sublingual ou simultanément sublingual et sous-maxillaire.

Ce mécanisme agirait d'une part sur les parois canalaire et canaliculaires, d'autre part sur les sphincters, étant admis le fait bien connu en pathologie générale que le para-sympathique fait contracter la musculature lisse pariétale et relâche les sphincters, le système sympathique produisant les effets inverses. Il s'ensuit un blocage du sphincter et une dilatation canalaire avec stase, desquamation cellulaire et infection surajoutée réalisant le type d'infection canalaire ascendante.

Des lésions de ce type ont été retrouvées dans l'une au moins de nos observations. On retrouvait des dilatations portant à la fois sur la sublinguale et sur la glande sous-maxillaire.

Passé ce stade, dit : de « sialodochite », représentant le premier temps de cette infection ascendante, on peut considérer que l'inflammation limitée à la seule voie excrétrice évolue pour son propre compte, entretenant par elle-même le trouble réflexe et à la longue se substituant aux lésions déclenchantes, d'où la chronicité de la sialodochite et surtout le caractère extensif des phénomènes infectieux.

Tous ces phénomènes peuvent rester stationnaires, donnant des manifestations salivaires passagères, soit au contraire évoluer avec atteinte inflammatoire de la glande déterminant une atteinte du parenchyme, donnant alors une symptomatologie tumorale, souvent sans rapport avec l'intensité de l'atteinte anatomique.

Cependant rarement il est retrouvé des lésions susceptibles d'être à l'origine de ces arcs réflexes. Peut-être est-il possible de faire appel à ces lésions déclenchantes décrites par les Américains, mais fort vagues, pour s'attacher à rechercher des « épines irritatives » purement locales, telles que pulpopathies, parodontopathies, atteinte de la temporo-maxillaire ou encore des lésions muqueuses.

FREQUENCE DES LESIONS SUBLINGUALES

Parmi les différentes recherches bibliographiques que nous avons faites, nous avons été frappés par le petit nombre de cas rapportés dans la littérature, qu'elle soit de langue française ou anglo-saxonne. De même, à la Clinique Stomatologique, un nombre relativement restreint d'observations de ces lésions a pu être retrouvé.

Dans certaines statistiques, telles que celles de NEW et HARPER (Mayo Clinic), déjà fort anciennes, car datant des années 1930, ou de CZYGAN datant des années 1940, l'une rapportant 110 cas d'inflammation des glandes salivaires majeures, l'autre faisant état de 37 cas, l'atteinte des sublinguales ne représente qu'une faible proportion par rapport à l'ensemble du système salivaire.

En effet, dans les statistiques de NEW, l'atteinte de la sublinguale ne représente que 7,5 % des atteintes. La sous-maxillaire à elle seule atteint 80 % de l'ensemble, tandis que la parotide figure pour 12,5 %. Ces proportions représentant les cas où il ne fut pas possible de mettre en évidence un calcul.

Soixante-trois fois sur les 110 cas, une lithiasse fut retrouvée beaucoup fréquente encore vis-à-vis de la sous-maxillaire (92,5 %) que pour la parotide et la sublinguale (2,8 %). De sorte que dans ces différentes étiologies, la sublinguale paraît être atteinte dans 10 % des cas environ. Les autres statistiques, de CZYGAN portant sur 37 cas et de WAKELEY sur 17 cas, font ressortir, par extrapolation, des proportions identiques, mais elles ne séparent pas les lésions lithiasiques des inflammations chroniques.

Pour quelles raisons les lésions n'apparaissent-elles pas plus fréquentes ? Selon certains auteurs (HANFT et GARDNER), il faudrait en rechercher la raison dans l'anatomie de la glande. En effet, à l'encontre de la parotide et de la sous-maxillaire, la sublinguale a un système excréteur bien particulier. Elle se draine par le canal de Rivinus d'un côté et par les canaux de Whalter de l'autre, réalisant des systèmes variables de « by-pass ». Ceci permettrait d'expliquer dans une certaine mesure l'atteinte partielle de la glande et la pauvreté de la symptomatologie clinique.

CLINIQUE

La symptomatologie des atteintes de la sublinguale est polymorphe.

En effet, le malade se présente porteur tantôt d'une tuméfaction limitée du plancher buccal, tantôt d'une tuméfaction de la glande sous-maxillaire.

Le malade vient consulter pour une tuméfaction du plancher buccal qui a été découverte fortuitement, car le début est insidieux. Ce sont donc des signes « pelvi-buccaux », variables dans leur intensité et dans leur chronologie, qui motivent la consultation.

En règle, il s'agit d'une tuméfaction d'environ 3 cm de long sur 1 cm de large, allongée obliquement le long de la branche horizontale de la mandibule.

Cette tuméfaction est variable dans sa taille, depuis celle d'une olive jusqu'à celle d'une noix. Elle peut atteindre par son sommet le niveau du plan d'occlusion. Parfois le début clinique est brutal, l'augmentation de volume rapide. Ailleurs l'évolution est progressive et, c'est son volume même qui entraîne le malade à consulter, celui-ci gênant la mobilisation de la langue. Jamais nous n'avons vu cette tuméfaction diminuer rapidement de volume. Au contraire, celle-ci reste stationnaire, la sédation se produisant lentement en s'étalant sur plus de 24 heures à 48 heures.

Devant cette symptomatologie fonctionnelle, les données de la palpation permettent de préciser son siège : entre le Wharton où son trajet supposé en dedans et l'os dont elle est séparée par un sillon net en dehors.

- son pôle postérieur se perd en arrière insensiblement, sans limite nette, dans la région sous-maxillaire ;
- son pôle antérieur se trouve toujours en arrière du Wharton formant la limite antérieure de cette masse.

Cette tuméfaction qui paraît être une glande sublinguale, est de consistance homogène, assez dure, sans nodosité, en règle indolente ou tout au plus légèrement sensible.

Cette tuméfaction est mobile sur les différents plans. La muqueuse, qui la recouvre, est souvent érythémateuse, parfois parcourue par un petit lacis veineux.

L'ostium et la salive qui s'en écoule sont normaux.

Le reste de l'examen est normal :

- le plancher buccal du côté opposé est souple et sans nodosité ;
- les autres glandes salivaires apparaissent normales tant parotides que sous-maxillaires ;
- on ne retrouve pas d'adénopathies ;
- enfin, l'étude du système dentaire nous a permis de retrouver des « épines irritatives », qu'il s'agisse de dents infectées, de prothèse en sous-occlusion, ou d'atteinte de la temporo-maxillaire.

Parfois il est possible, que cette affection reste complètement latente, sans manifestation sous-maxillaire ni « pelvi-buccale ». C'est ce qui est advenu dans deux de nos observations. L'une fut découverte par le praticien lors d'un examen pré-prothétique, l'autre découverte par la malade alors porteuse d'un aphte en passant l'index sur le plancher de la bouche. Elle n'y avait jusqu'alors porté aucune attention.

Cet aspect clinique est le plus fréquent, évoquant d'emblée une atteinte de la glande sublinguale ; moins fréquente certes, est la symptomatologie sous-maxillaire.

En effet, le malade vient consulter pour des signes « d'emprunt », signes essentiellement trompeurs, car ils évoquent une obstruction au niveau du canal de Wharton.

Le début est insidieux et progressif, les premières manifestations sont difficiles à faire préciser par le malade. Il peut s'agir de « hernie salivaire » réalisant des sensations de tension apparaissant au cours d'un repas, gênant la mastication et la mobilisation de la langue. Cette sensation de tension non douloureuse est de brève durée, variable, cessant peu à peu ou au contraire rapidement avec issue de salive dans la bouche.

A ces signes de « hernie » peuvent s'ajouter des coliques salivaires : au moment d'un repas le plus souvent, le malade est pris de vives douleurs dans la langue et le plancher de la bouche, irradiant vers l'oreille, la région temporale ou occipitale gênant la salivation et la mobilisation.

En même temps, ces douleurs s'accompagnent d'un gonflement de la région sous-maxillaire et d'un soulèvement de la région sublinguale.

Au cours de l'examen, on peut parfois objectiver ces signes par l'épreuve de l'insalivation d'une bouchée de pain.

Ces signes, s'ils sont importants, sont trompeurs car « d'appel » vers la sous-maxillaire, d'autant qu'ils peuvent être influencés par les repas.

A ce stade, en aucun cas, il n'y a de participation de l'état général, si ce n'est que le malade est souvent angoissé quant à l'affection qu'il présente, tant que celle-ci n'est pas étiquetée.

Les signes d'examen, comparatifs au côté opposé sont variables.

Parfois, on retrouve des signes objectifs au niveau de la sous-maxillaire ; on note une tuméfaction de région sous-angulaire :

- dessinant grossièrement la forme de sous-maxillaire ;
- palpable par le doigt endo et exo-buccal, chacun des pôles se mobilisant simultanément.

Cette tuméfaction est une glande sous-maxillaire augmentée de volume, tendue, légèrement sensible.

Le reste du plancher apparaît normal, on ne palpe pas de calcul en règle.

L'ostium est normal ou tout au plus légèrement érythémateux, enfin la pression fait sourdre une salive claire.

Ce tableau d'atteinte sous-maxillaire est assez spectaculaire pour amener rapidement le malade à consulter.

Si nous avons pu rassembler la symptomatologie de ces lésions en deux grands tableaux cliniques, l'un constitué par des signes tumoraux du plancher buccal, l'autre par des signes sous-maxillaires, il est évident que les signes peuvent s'intriquer, ainsi que nous l'a révélé l'une de nos observations.

EVOLUTION

Quelle est l'évolution de ces lésions en l'absence de thérapeutique et abandonnées à elles-mêmes ?

Dans aucune de nos observations, nous n'avons rencontré de complication de type aiguë. Même lorsqu'il s'agissait de lésions inflammatoires dont la cause était lithiasique. Jamais nous n'avons rencontré de phlegmon circonscrit du plancher de la bouche, tel qu'on en rencontre à type de complication d'une lithiasie sous-maxillaire. Pas plus d'ailleurs, il ne nous a été permis d'en retrouver dans les antécédents lors de l'interrogatoire et pourtant ces lésions existaient depuis des années. Cependant, il ne semble pas exclu que l'on puisse les rencontrer. Peut-être, peut-on invoquer devant ce fait, l'opinion de GARDNER et HANFT sur le drainage double de la glande.

Au contraire, une complication que nous avons fréquemment rencontrée, est le retentissement des lésions sur la glande sous-maxillaire.

Nous avons pu mettre en évidence plusieurs fois (dans 5 de nos observations), des lésions inflammatoires avec dilatation des canaux deux fois vérifiées par des examens histologiques : un prolongement antérieur de sous-maxillaire étant venu avec la pièce opératoire.

Le plus souvent, il s'agissait de malades venus consulter pour des manifestations sous-maxillaires.

Ce retentissement est essentiellement constitué par des lésions de sous-maxillite réalisant une tuméfaction résistante, douloureuse de la glande. Celle-ci peut être globale ou, au contraire, localisée sans élévation de la chaleur locale, sans modification de la coloration de la peau.

Parfois, il est possible de mettre en évidence une papille ostiale légèrement oedématisée, mais jamais, la pression de la glande ne nous a montré une modification salivaire.

Ailleurs, lors des retentissements des lésions sublinguales sur la glande sous-maxillaire, nous n'avons pas retrouvé de symptomato-

logie évidente. Ce sont nos examens systématiques constitués essentiellement de sialographies qui nous ont permis de les mettre en évidence.

Enfin, toujours au cours de l'évolution, ces lésions régressaient et la *restitutio ad integrum* était obtenue en trois mois à un an, tant du point de vue clinique que sialographique.

EXAMEN RADIOLOGIQUE

Après avoir suspecté par la clinique une atteinte soit de la sous-maxillaire, soit de la sublinguale, des radiographies sont pratiquées, qui permettent d'affirmer le diagnostic.

Nous pensons que parmi les multiples examens décrits, dont chacun présente des avantages, il est utile de ramener les examens radiologiques à des incidences simples à pratiquer pourvu qu'elles le soient avec un minimum de soin.

Parmi celles que nous avons utilisé :

- un film mordu, ampoule sous le menton légèrement latéralisée ;
- une incidence dite maxillaire défilé ;
- parfois une incidence dite de Bonneau : le film est mordu, mais la tête est penchée du côté opposé, le rayon pénétrant en arrière de la branche montante.

Ces différentes incidences étant pratiquées sans ou avec préparation lipiodolée.

TECHNIQUE DE LA SIALOGRAPHIE

Instrumentation :

- Une sonde à boules multiples mise au point par le Professeur DECHAUME permettant une dilatation en une seule pénétration dans l'ostium ;
- un cathéter en polythène taillé en biseau, armé d'un fil d'acier au 3/10^e, sur lequel s'adaptent l'aiguille et son mandrin ;
- les seringues employées sont résistantes avec armature métallique et piston métallique. Les seringues de Labat et Drouet remplissent ces conditions ;
- lipiodol extra-fluide tiédi.

Après avoir très progressivement et doucement dilaté l'ostium, on met le cathéter en le poussant le moins possible dans le canal de Wharton : ce qui permet, dans certaines conditions anatomiques, d'obtenir une opacification des deux systèmes : sublingual et sous-maxillaire.

Le cathéter mis en place, on adapte l'aiguille puis la seringue et on pousse 1,5 cm³ de liquide environ. On remet ensuite le mandrin sur l'aiguille. Pas de pince sur l'ostium car les traumatismes du méat et du canal peuvent créer des réflexes « sympathiques ». (DECHAUME).

Rapidement, après l'injection, on pratique des radiographies en incidence mordue (ou technique de Bonneau) et en maxillaire défilé. Parfois, il faut latéraliser légèrement l'incidence sur le film mordue pour dissocier les canaux.

Nous pratiquons toujours des études de l'évacuation des glandes une demi-heure puis vingt-quatre heures après l'injection du produit de contraste.

RÉSULTATS

Les clichés sans préparation peuvent parfois montrer des calculs, lorsque la lithiasse est opaque aux rayons X. C'est le cas de deux de nos observations. Ils montrent plusieurs calculs qui ne se projettent pas suivant une ligne droite, répondant au trajet supposé du Wharton, mais au contraire sont éparés dans une zone qui semble correspondre à la ramification des canaux de la sublinguale. C'est pourquoi, les sialographies sont indispensables pour préciser :

- l'état de la sublinguale et de son canal lorsque l'opacification est possible ;
- l'état de la sous-maxillaire et de son canal à tout le moins ;
- dans certains cas, elle nous a permis de mettre en évidence des lobes sus-mylo-hyoïdiens siégeant en pleine zone sublinguale et qui pourraient emprunter tout, ou partie de la symptomatologie des sublingualites (DECHAUME et GRELLET).

Lors des lésions de la sublinguale, on peut en quelque sorte classer les différents stades en trois catégories, ainsi qu'ils ont été décrits et mis en évidence par les travaux de DECHAUME et ses collaborateurs.

Au stade de début, cliniquement silencieux, et insidieux, on remarque un réseau canaliculaire filiforme plus ou moins accentué, avec injection plus ou moins complète des acinis, l'évacuation de la glande se fait normalement.

Parfois on peut saisir un stade fugace de dilatation « réflexe » avec grosse dilatation portant sur le Wharton ou sur lui et le Rivinus, entrecoupé de « rétrécissements » donnant des images moniliformes. Ailleurs, le canal est normal sans dilatation localisée ou généralisée.

A un stade plus évolué, le calibre des canaux principaux et des canalicules apparaît augmenté et irrégulier. Le lipiodol ne diffuse pas complètement au niveau des acinis. Il existe un retard à l'élimination. Au stade de « pleine évolution », l'irrégularité canaliculaire est importante avec des renflements nettement marqués. Les acinis sont partiellement injectés, réalisant par endroits des plages homogènes, en d'autres des images en « grains de semoule ». A cette occasion, des descriptions multiples sont retrouvées dans la littérature : paquet de tête d'épingles, images en Y, en haltères qui paraissent plus ou moins rattachées au système excréteur. Le retard à l'élimination du produit de contraste est considérable : c'est l'image de stase parenchymateuse.

Dans tous les cas, on aura pris garde de s'assurer que la quantité de lipiodol est suffisante, risquant d'opacifier simplement le canal et de faire penser à un « defect » de la glande entière. Au contraire, lors d'une injection trop poussée ou d'une radiographie trop tardive, les acinis risquent d'être noyés, réalisant des images de diffusion (AUBERT).

On voit que les différentes images radiologiques peuvent être rapportées à des lésions histologiques parallèles :

— Les modifications de calibre des canaux et des canalicules, alors que le lipiodol ne diffuse qu'incomplètement au niveau des acinis, correspondent à des lésions prédominant autour des canaux excréteurs : infiltrats péri-canalaires. C'est l'irrégularité nettement marquée par des différences d'intensité lésionnelles qui met en évidence le maximum de signes au niveau de l'un ou l'autre lobule.

Au cours des lésions maxima, caractéristiques de l'inflammation chronique, les plages homogènes correspondent aux lésions de métaplasie muqueuse, les images en « grain de semoule » correspondant aux lésions de dédifférenciation les plus évoluées (DECHAUME, PAYEN, BONNEAU).

DIAGNOSTIC

I. — DIAGNOSTIC POSITIF

Lors de manifestations sous-maxillaires, c'est l'examen systématique et complet qui permet de retrouver une petite masse dans le plancher de la bouche. C'est le caractère et la situation même de la glande qui permettent d'affirmer le diagnostic.

Cette masse est de consistance homogène, assez dure, en règle indolente. Elle est située entre le Wharton ou sa projection sur le plancher de la bouche et l'os dont elle est toujours séparée par un sillon net en dehors. Son pôle postérieur se perd en arrière sans limite nette, son pôle antérieur se trouve en arrière du Wharton et en dehors de l'ostium.

Il s'agit donc d'une sublinguale hypertrophiée, vraisemblablement inflammatoire, ce que la sialographie affirme. En outre, la radiologie en apprécie l'importance et l'étendue.

Enfin, finalement, l'examen histologique en dernier ressort dans les cas difficiles, permet d'affirmer l'atteinte inflammatoire de la glande, plus ou moins généralisée devant des lésions de différenciation et de régression canaliculaire avec discret infiltrat sans signes suspects de malignité.

Parfois, il est possible de préciser l'étiologie par la radiologie sans préparation : elle a pu montrer des images de calculs.

II. — DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

La pathologie non tumorale de la glande sublinguale est rarement rencontrée en clinique, aussi les auteurs classiques n'attachent-ils que peu ou pas d'importance aux sublingualites.

Il en résulte qu'un nombre important de diagnostics peut être évoqué avant d'envisager une sublingualite. Le caractère polymorphe

de la symptomatologie clinique ne facilite pas le diagnostic. Tantôt, l'affection se présente comme une tuméfaction de la région sous-maxillaire, tantôt comme une tuméfaction limitée du plancher de la bouche.

En cas de signes d'emprunt sous-maxillaires, surtout si les manifestations paraissent rythmées par les repas, le premier diagnostic qui vient à l'esprit est celui de lithiase sous-maxillaire et plus particulièrement du canal de Wharton.

Les données de la palpation peuvent être trompeuses, retrouvant un petit nodule sublingual, qui peut être pris par erreur pour un calcul. Cependant, la consistance est différente. Dans ces cas, l'absence de calcul lors de la radio sans préparation peut être un argument de valeur.

Inversement, il est parfois difficile lors d'une lithiase de la sublinguale de situer dans le Wharton ou dans la glande les calculs palpés dans le plancher de la bouche. C'est pourquoi, sur les clichés sans préparation, il faut attacher une grande importance à l'absence d'image opaque en enfilade, d'autant que la sialographie ne permet pas toujours l'opacification du complexe sublingual. De même, lorsque l'opacification de la sous-maxillaire est seule possible, les calculs en dehors des limites opaques appartiennent à la seule sublinguale ou à son canal.

Lors de complications de la lithiase sous-maxillaire, en particulier lorsqu'il existe une whartonite avec péri-whartonite refroidie par une antibiothérapie intempestive, des problèmes peuvent se poser. Cette masse doit-elle être rattachée à la sublinguale ? Mais nous avons vu que les complications aiguës n'ont jamais été rapportées dans la littérature.

Enfin, des lésions de sous-maxillite localisées soit au pôle antérieur de la sous-maxillaire, soit aux dépens de son lobe sus-mylo-hyoïdien peuvent poser des problèmes. Ces deux glandes sont accolées dans la loge sublinguale. En règle, la tuméfaction est plus postérieure.

Là encore, la sialographie est irremplaçable. Elle montre l'atteinte de la sous-maxillaire et visualise l'existence d'un volumineux lobe aberrant.

De même, lors d'une tumeur bénigne ou maligne de ce prolongement, celui-ci peut être à tort mis au compte de la sublinguale.

En cas de tuméfaction du plancher, différents diagnostics peuvent être envisagés, non pas tant une tumeur maligne — épithélioma vrai au début — de la glande car celle-ci est dure, rapide-

ment fixée, adhérente souvent à l'os et à la muqueuse sus-jacente. Parfois, le problème est particulièrement difficile : un cas nous a posé des difficultés dans le Service du Docteur FLEURY et seule la biopsie-exérèse a permis de trancher le problème (tumeur mixte).

Les tumeurs bénignes de la glande sont le plus souvent de découverte histologique ; cependant, il faut bien individualiser les grenouillettes du plancher qui dépendent de la sublinguale, dont la symptomatologie et le siège peuvent prêter à confusion. Celles-ci sont nettement plus latérales, les limites en paraissent plus floues, l'aspect de la muqueuse bleuâtre évoque le diagnostic. Enfin, si besoin était, le caractère de la ponction viendrait rapidement lever les doutes.

Aux dépens des éléments constitutants du plancher de la bouche peuvent se développer des lésions qui, dans certains cas, évoquent l'atteinte de la sublinguale.

Les lipomes peuvent siéger dans n'importe quel point. Mais leur consistance est différente. Fréquemment, la muqueuse qui les recouvre présente une coloration jaunâtre. Ils n'entraînent jamais de troubles de « compression ».

L'apparition d'un kyste dermoïde du plancher peut être évoquée, non pas tant un kyste latéral très rare, à symptomatologie plutôt sous-maxillaire, qu'un kyste médian.

Lorsqu'ils sont de petit volume, ils réalisent une tuméfaction sublinguale. Celle-ci cependant est avant tout médiane, située entre la langue et la face postérieure de la symphyse. La palpation découvre une masse bien limitée, mobile sur les plans voisins.

Surtout la consistance est caractéristique : molle, pâteuse, prenant le godet, signe pathognomonique quand il existe (LINHART).

Les examens complémentaires sont de peu de valeur, l'opacité à la transillumination, la ponction blanche mais réputée dangereuse. La radio, rarement pratiquée, montrerait une opacité arrondie de densité différente par rapport aux tissus.

Davantage, une cellulite chronique circonscrite du plancher peut être évoquée, non pas tant d'origine traumatique (arête de poisson ou poils de brosse), facilement éliminée par l'anamnèse, mais surtout d'origine dentaire. Il s'agit, en l'occurrence, d'une complication par réchauffement d'une infection dentaire péri-apicale chronique siégeant sur une prémolaire ou une molaire.

Dans les cas de sublingualite, un sillon franc sépare la masse de l'os, il n'y a pas de modification des corticales osseuses ; les dents sont saines,

Enfin, cette tuméfaction ne s'est pas installée à la suite d'un épisode aigu.

Dans quelques cas, les complications d'un accident d'évolution ou d'éruption de la dent de sagesse pourraient être évoquées devant une tuméfaction non accolée à l'os. L'étiologie dentaire facilement retrouvée lèvera les doutes. C'est dire l'intérêt d'un bilan dentaire soigneux et de clichés au moindre doute.

Un diagnostic d'exception mais qui peut être difficile est celui d'oreillons sublinguaux, ainsi que le rapport CANNING dans le *Journal Médical* de Grande-Bretagne.

En fait, une sublingualite sera plus souvent méconnue que confondue. On en connaît peu l'existence. Elle apparaît dans la seconde moitié de la vie et, à cet âge, nombre de malades sont édentés molaires et prémolaires. Le diagnostic qui se pose avec le plus d'évidence est celui de hernie du plancher de la bouche, comme il est classique de l'observer, et qui gêne tant l'appareillage.

Là, l'ensemble de l'examen est normal : la muqueuse du plancher est située sur un plan supérieur à celui de la crête. Cependant, en déprimant le plancher, la palpation ne retrouve pas de nodule, pas de relief anormal tant d'un côté que de l'autre. Enfin, il n'y a jamais eu de manifestation clinique, bien que nous sachions qu'une atteinte de la sublinguale puisse rester latente.

C'est surtout par tranquillité d'esprit que l'affection passe inaperçue. C'est dire la nécessité d'examens complémentaires au moindre doute. Ceux-ci permettent un diagnostic avec précision dans un nombre suffisant de cas, et partant une thérapeutique radicale.

TRAITEMENT

A l'heure actuelle, la majorité des auteurs tant français (DECHAUME, REDON) qu'anglo-saxons (GARDNER et HANFT) considèrent que le seul traitement valable, digne d'éviter les récidives ou les complications éventuelles, est l'exérèse de la glande ; la voie d'abord étant exclusivement buccale.

Il n'est pas utile d'opérer sous anesthésie générale qui, au contraire, gênerait les manœuvres endo-buccales.

Après une préparation, le plus souvent à base de Nargénol, ce qui nécessite l'hospitalisation du malade, on pratique une anesthésie loco-régionale à base de Xylocaïne adrénalinée. Celle-ci est douce mais doit être complète. C'est-à-dire qu'elle devra comprendre l'infiltration large de tout le plancher, — ce qui aidera à la dissection de la région, — complétée par une infiltration tronculaire du nerf lingual en arrière de la dent de sagesse.

Certains auteurs (DECHAUME, GRELLET) préconisent au préalable le cathétérisme du canal de Wharton avec un tube de polythène ou une sonde rigide laissée à demeure pendant tout le temps de l'intervention.

Tandis qu'un aide récline la langue avec un abaisse-langue en bois, exposant bien la région, on pratique une incision longue d'environ 4 cm, en dehors du trajet supposé de Wharton, c'est-à-dire environ à 1 cm du rebord alvéolaire.

On décolle alors le plan muqueux aux ciseaux mousses, on peut dès lors charger le lambeau muqueux interne dans un écarteur, ou passer un fil de traction.

La loge sublinguale est ouverte. Souvent la visibilité est mauvaise, d'autant plus que l'arcade est mieux dentée, aussi souvent le miroir de Clarr est-il nécessaire.

En mobilisant la sonde sortant de l'ostium, on peut au doigt repérer le canal de Wharton et ainsi éviter un risque de blessure opératoire.

En disséquant doucement de la pointe des ciseaux, on s'attache à rechercher le croisement Wharton ~ nerf lingual, en prenant soin de ne pas sectionner les nerfs et vaisseaux sublinguaux. Si la section est survenue, en règle l'hémorragie noie la plaie opératoire et, seule, l'aspiration chirurgicale permet de bien voir.

Une fois repéré le croisement, la glande sublinguale est située en avant et en dehors. On s'attache à la décoller, mais parfois il existe des adhérences, surtout avec le prolongement antérieur de la sous-maxillaire quand il existe. Souvent l'ablation de ce prolongement est nécessaire pour mener à bien l'intervention ; on ne peut différencier les deux tissus glandulaires.

Lorsque la glande a été complètement disséquée, on s'applique à rechercher l'abouchement du Wharton et du canal de Rivinus (c'est ce qui a été fait dans chacune de nos interventions dans un but anatomique) pour définir le niveau de la ligature. On sectionne le canal de Rivinus du Wharton s'il s'abouche dans celui-ci ; s'il ne s'abouche pas, la ligature se fait le plus près possible de son abouchement au plancher.

On termine en pratiquant une hémostase soigneuse à l'électrocoagulation.

On suture soit au catgut, soit à la soie sans aucun drainage.

En employant cette technique, nous n'avons jamais eu de complication, tant infectieuse (sans mise sous antibiotiques) que mécanique :

- section du Wharton ;
- gonflement sous-maxillaire post-opératoire ;
- anesthésie linguale.

Les soins post-opératoires consistent à surveiller la cicatrisation après ablation des fils. On a intérêt à pratiquer des pulvérisations, à conseiller à l'opéré des bains de bouche.

OBSERVATIONS DES CAS RAPPORTES DANS CE TRAVAIL

Dans le but de faciliter la compréhension de la clinique, nous avons classé les différentes observations suivant leur symptomatologie, en isolant les sublingualites lithiasiques, ce qui paraîtra peut-être artificiel à certains.

I. — Sublingualites lithiasiques

OBSERVATION N° 1

Mme B..., âgée de trente-sept ans, a été adressée, le 20 février 1950, pour une « lithiase sous-maxillaire » gauche, dont le début des accidents semble remonter à une dizaine de jours.

Elle aurait ressenti une gêne sous la langue du côté gauche et, trois jours plus tard, serait apparue une tuméfaction sous-maxillaire gauche, accompagnée de signes fonctionnels discrets à type de douleurs pendant les repas.

A l'examen exo-buccal :

- la tuméfaction sous-maxillaire, qui aurait diminué de volume, apparaît cependant au premier coup d'œil sous des téguments normaux ;
- la palpation indolore en montre la consistance ferme, du volume d'une noix, mobile par rapport à la peau et aux plans profonds.

A l'examen endo-buccal :

- ostium du canal de Wharton de coloration normale ;
- dans la région sublinguale gauche, léger œdème et rougeur discrète sur le trajet du canal de Wharton.

À la palpation, à 3 à 4 cm en arrière de la caroncule salivaire, on perçoit sur le trajet du Wharton une petite masse qui semble correspondre à un calcul en regard de la première molaire inférieure gauche.

Des radiographies sont pratiquées sans préparation : un film occlusal montre quatre calculs en file, mais non rectiligne, le plus postérieur se situant à la partie moyenne du plancher.

La sialographie montre une glande sous-maxillaire remplie incomplètement, avec un canal de Wharton moniliforme. Près de l'ostium, débouche un deuxième canal qui conduit à la glande sublinguale. On distingue les fines ramifications du canal principal à son intérieur.

Une incidence oblique permet de séparer les deux canaux et de situer les calculs à l'intérieur de la glande sublinguale.

Le lendemain, la malade élimine spontanément un calcul sans modification de l'évolution.

Les clichés d'évacuation de la sialographie montrent le trajet du Wharton contenant un mince filet de lipiodol. La sublinguale est encore injectée en presque totalité, les calculs étant visibles dans la masse lipiodolée.

Le 24 mars, la malade élimine spontanément un autre calcul.

Une nouvelle radiographie est pratiquée ; elle montre la persistance d'un calcul au niveau de l'abouchement du Rivinus dans le Wharton, et un autre vraisemblablement intra-glandulaire.

La malade est opérée en juillet.

Sous locale, est pratiquée l'ablation des calculs.

La malade n'a pas été revue depuis.

OBSERVATION N° 2

Il s'agit d'un homme, M. G..., âgé de quarante-sept ans, chez qui a été découvert de façon fortuite, lors d'un examen pré-prothétique, une tuméfaction du plancher buccal du côté droit.

En effet, l'étude des antécédents n'a pu mettre en évidence aucune symptomatologie fonctionnelle ou physique de l'appareil salivaire qui aurait pu attirer l'attention.

L'examen exo-buccal ne montre aucune tuméfaction sous-maxillaire.

Par contre, dès l'ouverture buccale, on est frappé par la tuméfaction importante du plancher buccal qui vient faire hernie sur la région prémolaire-molaire inférieure droite édentée. C'est une tuméfaction qui mesure 3 cm de long sur 1 cm de large, à direction antéro-postérieure, se terminant à 1 cm en arrière de l'orifice du Wharton et par où s'écoule une salive claire.

La palpation indolore montre que cette tuméfaction est molle sans nodosité perceptible. Elle siège entre le trajet du Wharton et le maxillaire dont elle reste séparée par un sillon.

Le reste de l'examen montre également, du côté opposé, une tuméfaction moins volumineuse, mais cependant légèrement sensible.

Des radiographies sont pratiquées. Elles montrent, sur un film occlusal, un semis de petites taches opaques situées dans le plancher, en regard de la deuxième prémolaire et qui pourrait être un calcul peu radio-opaque.

La sialographie de la sous-maxillaire montre une glande parfaitement injectée et l'abouchement, 2 cm en arrière de l'orifice du Wharton, d'une ébauche de canal, mais pas d'opacification de la sublinguale. Pas d'image de calcul.

Le malade est opéré le 8 février. Après incision longitudinale du plancher droit, longue de 4 cm, dissection de la glande sublinguale ; exérèse de celle-ci. Le Wharton n'est pas retrouvé.

Le compte rendu histologique du 11 février : « La pièce opératoire intéresse une glande lobulée par des cloisons fibreuses avec des acini en grande partie différenciés, en métaplasie cellulaire. Les canaux excréteurs sont dilatés. Par contre, il existe dans le canal de Rivinus, à distance de la glande, un volumineux calcul. Donc, lithiase sublinguale avec lésions inflammatoires chroniques. »

Les suites sont normales et on envisage dans un deuxième temps l'ablation de la sublinguale gauche.

II. — Manifestations sous-maxillaires

OBSERVATION N° 3

Mme L..., âgée de soixante-sept ans, est venue consulter, le 23 novembre 1959, pour une tuméfaction sous-maxillaire gauche apparue un an auparavant et ayant cédé spontanément. Mais, en juin 1959, réapparition des phénomènes qui, cette fois, sont rythmés par les repas et deviennent douloureux. La disparition de ces phénomènes explique que celle-ci n'est vue qu'à la deuxième poussée.

A ce moment, l'examen montre dans la région sous-maxillaire gauche une petite masse ferme, indolore, peu volumineuse, semblant correspondre à la glande et dont la pression fait sourdre une salive claire à l'ostium du Wharton.

La palpation du canal de Wharton montre, en regard de la région prémolaire, une zone légèrement douloureuse correspondant à un nodule situé en dehors du canal de Wharton.

Un film mordu est pratiqué, ne montrant pas de calcul.

La sialographie montre un canal de Wharton augmenté de volume d'une façon régulière, auquel est appendue une glande sous-maxillaire uniformément remplie, très gorgée de lipiodol, témoignant d'un léger état inflammatoire. Parallèlement au canal de Wharton, on note au-dessous de son image, l'image d'un lobe accessoire sus-myo-hyoïdien. Ce lobe accessoire, mieux visible sur le cliché mordu, présente également quelques signes inflammatoires avec quelques images en gouttelettes.

Une intervention est proposée au malade et exécutée le 8 décembre, par voie endo-buccale.

Incision en dehors du canal de Rivinus et de Wharton qui n'a pu être cathétérisé au début de l'intervention. Clivage de la glande. Adhérences au niveau du prolongement de la sous-maxillaire, section de ce dernier et ablation de la sous-maxillaire.

Au cours de l'intervention, il ne fut pas possible de repérer si le canal de Rivinus s'abouchait dans le Wharton ou non.

En fin d'intervention, cathétérisme secondaire du Wharton.

Le 11 décembre, compte rendu histologique : « La pièce opératoire intéresse une formation glandulaire salivaire de type séro-muqueux avec prédominance de glandes muqueuses pouvant faire penser à la glande sublinguale. Certains lobules présentent des lésions de dédifférenciation et de régression canaliculaire avec discret infiltrat inflammatoire. Dans ces lobules, existe en outre une importante dilatation des canaux excréteurs ».

La malade revue six mois plus tard, ne présente plus aucune symptomatologie salivaire.

OBSERVATION N° 4

Mme F..., âgée de quarante-cinq ans, consulte le 10 juillet 1963 pour une tuméfaction sous-maxillaire gauche.

Le début des troubles remonte au mois de décembre 1962, date à laquelle la malade a remarqué la présence d'une tuméfaction située au niveau du plancher buccal du côté gauche. Cette tuméfaction, davantage sublinguale que sous-maxillaire, était indolore, mais entraînait une certaine gêne lors de la déglutition et de la mastication. Cette tuméfaction devint presque permanente, ne disparaissant que quelques jours, augmentant de volume par poussées. Lors du premier examen, la tuméfaction a complètement disparu.

L'examen exo-buccal est normal.

L'examen endo-buccal montre des muqueuses normales.

La palpation retrouve une sous-maxillaire normale. L'exploration de la crête sublinguale ne montre pas de modification de volume de la glande. En outre, le palper est indolore.

Devant cette symptomatologie sous-maxillaire et malgré la pauvreté de l'examen clinique, des radios sont pratiquées. Un film occlusal latéralisé sans préparation ne montre pas de calcul.

La sialographie ne montre pas d'image de calcul opaque. On obtient une opacification de la sublinguale dont le canal débouche pratiquement à l'ostium du Wharton. La sous-maxillaire est de volume normal. Il n'y a pas à retenir de dilatation canaliculaire, mais le parenchyme présente des signes inflammatoires prédominant au niveau de la sublinguale.

Cette malade n'a pas encore été opérée.

OBSERVATION N° 5

Mme D..., âgée de cinquante-six ans, est venue consulter, le 2 novembre 1960, pour une tuméfaction douloureuse de la région sous-maxillaire gauche, d'apparition récente.

L'examen exo-buccal montre une légère asymétrie de la région sus-hyoïdienne latérale, mais le palper ne peut mettre en évidence de tuméfaction, ni d'adénopathie. Il semble que cette asymétrie soit en rapport avec une certaine adiposité de la région.

Mais l'examen endo-buccal va apporter des renseignements intéressants. En effet, le palper bidigital permet de percevoir les deux glandes qui sont légèrement augmentées de volume, et si la pression fait sourdre une salive claire, par contre la palpation du plancher permet de sentir au niveau de la sublinguale gauche un nodule de petit volume, ne déterminant aucune modification des reliefs de la région, qui est ferme et indolore.

Le 2 novembre, une sialographie pratiquée permet de constater une image de chevelu près de l'orifice du canal de Wharton, indépendante de l'image canaliculaire, et que l'on suit sur les clichés d'évacuation. Il existe, en effet, une stase. On note également une image de stase comparable au niveau de la sous-maxillaire.

Devant cette image qui fait porter le diagnostic de sublingualite chronique, on décide d'intervenir, ce qui est fait le 14 novembre, sous Nargénol.

Incision de la portion gauche du plancher buccal, en dehors du Wharton. Dissection du Wharton et ablation de la sublinguale gauche dont le canal de Rivinus est indépendant du Wharton.

Le 17 novembre, compte rendu histologique : « Cette pièce opératoire intéresse une glande sublinguale dont les lobules sont nettement séparés par d'épaisses cloisons fibreuses. Certains d'entre eux sont histologiquement normaux. D'autres, au contraire, présentent des lésions inflammatoires avec amas lymphocytaires et une dédifférenciation des acini. Ces lésions sont plus marquées au niveau d'un lobule formant une masse nodulaire centrale. »

OBSERVATION N° 6

M. Dj... Bachir vient consulter pour une tuméfaction de la partie antérieure de la région sous-maxillaire droite apparue spontanément sans phénomène infectieux ni déclenchants. L'interrogatoire apprend que ce n'est pas le premier incident et que plusieurs poussées ont eu lieu depuis un mois. Dans tous les cas, la sédation se faisait en quelques heures.

L'examen exo-buccal est négatif.

L'examen endo-buccal retrouve, par la palpation, cette tuméfaction dans la partie antérieure du plancher à droite. Celle-ci est dure, mobile, sensible. Elle ne fait pas corps avec le maxillaire et se trouve située en dehors du Wharton dont l'orifice est normal, laissant sourdre une salive claire.

Les examens radiologiques n'apportent pas de renseignement. Le mordu sans préparation ne montre pas de calcul, la sialographie opacifie une sous-maxillaire normale.

Le 10 octobre, le malade est opéré. Ablation de la glande sublinguale droite par voie endo-buccale. On ne repère pas de lobe sus-mylo-hyoidien de sous-maxillaire. On ne peut repérer le Wharton.

Le 13 octobre, compte rendu histologique : « Les prélèvements effectués à partir de cette pièce opératoire intéressent un fragment de glande sous-maxillaire et de glande sublinguale. Au niveau de cette glande, on note une importante

sclérose péri-lobulaire, avec au niveau de certains lobules une métaplasie canaliculaire à type de dédifférenciation et une dilatation des canaux excréteurs souvent importante. Certains de ces canaux sont même occupés par des débris cellulaires et muqueux.

Nous n'avons pas revu le malade depuis.

III. — Tuméfaction du plancher buccal

OBSERVATION N° 7

Mme D... Simone, quarante-quatre ans. Cette malade est venue consulter en décembre 1958, pour une tuméfaction du plancher buccal du côté droit, d'apparition récente. C'est en effet cinq jours auparavant qu'est apparue brutalement cette tuméfaction indolore entraînant une simple sensation de pesanteur, ne gênant pas les mouvements de la langue, et dont le volume n'a jamais été influencé par les repas. Par ailleurs, la malade a, par moment, ressenti quelques tiraillements dans la région sous-maxillaire droite.

Lors de notre premier examen, cette tuméfaction, dont le volume a diminué de moitié depuis son apparition, détermine un soulèvement modéré de l'hémi-plancher droit. Elle est allongée, son extrémité antérieure se trouvant en arrière de l'ostium du canal de Wharton et formant la limite antérieure de cette masse qui est au-dessus et en dehors du trajet supposé du Wharton, l'extrémité postérieure semble se perdre dans la partie postérieure du plancher de la bouche.

La palpation, indolore, la montre assez dure, homogène, mais ne peut préciser sa limite postérieure qui s'enfonce vers la région sous-maxillaire.

Le mordou n'apporte aucun renseignement.

La sialographie est pratiquée : le cathéter bute à 1,5 cm de l'orifice, mais on peut passer l'obstacle. L'image lipiodolée montre une dilatation réflexe canaliculaire accentuée avec aspect parenchymateux inflammatoire. Sur le cliché en évacuation, pratiqué une demi-heure après, on ne note pas d'obstacle canaliculaire. Le canal de Wharton est libre de lipiodol, mais il persiste dans sa portion antérieure une image frangée indépendante de l'image canaliculaire.

Devant l'absence de lésions importantes de la sous-maxillaire et étant donné l'existence de cette tuméfaction, l'ablation de la glande sublinguale est réalisée ainsi que celle du prolongement antérieur de la sous-maxillaire par voie endobuccale. Au cours de l'intervention, on constate l'abouchement du canal de Rivinus dans le canal de Wharton, assez près de l'ostium ombilicale.

La pièce opératoire est examinée : elle montre l'identité des lésions de la sublinguale et du prolongement de la sous-maxillaire, où certains lobules sont le siège de lésions inflammatoires chroniques avec dédifférenciation des acinis et infiltrats à cellules rondes très importants. Ces lésions s'observent parfois au cours des lithiases.

Les suites opératoires sont simples et la malade, revue un an après, confirme la guérison.

OBSERVATION N° 8

Cette observation concerne une femme, Mme A..., âgée de soixante-cinq ans, dont la première consultation remonte à octobre 1959, pour une affection dentaire aiguë, au cours de laquelle est découverte une tuméfaction du plancher buccal du côté gauche.

Cette tuméfaction, de la grosseur d'une olive, est parfaitement limitée ; elle est située entre la crête alvéolaire édentée en dehors et le canal de Wharton en dedans. Elle est de consistance homogène et sa partie postérieure se perd dans le plancher.

Par ailleurs, absence d'adénopathie satellite et aucune symptomatologie physique et fonctionnelle de la glande sous-maxillaire de ce côté.

Le 30 octobre, résultats de la sialographie : le cliché pratiqué montre l'opacification du canal de Wharton et de quelques éléments de l'aire sous-maxillaire ; il s'agit de canaux plus ou moins tronqués, mais on ne note pas d'image parenchymateuse anormale. En dessous du canal de Wharton, on constate l'opacification d'une masse très antérieure dans le plancher. Les clichés en évacuation, pratiqués cinq jours après, montrent la persistance de lipiodol tant dans la sous-maxillaire que dans la masse antérieure oblongue.

L'intervention est faite le 17 novembre.

Ablation par voie endo-buccale de la glande sublinguale sous anesthésie loco-régionale précédée d'une anesthésie de base. Le Wharton est repéré. Il ne semble pas y avoir d'abouchement du Rivinus dans le Wharton.

Le 20 novembre, compte rendu : cette pièce opératoire intéresse une formation glandulaire très riche en cellules muqueuses, permettant de penser à une glande sublinguale.

Il existe une importante lobulation de cette glande dont certains lobules sont le siège d'une métaplasie canaliculaire avec infiltrat de type inflammatoire.

Nous n'avons, depuis, jamais revu la malade.

OBSERVATION N° 9

Il s'agit de Mme F..., âgée de soixante-treize ans, qui, en novembre 1962, vient consulter pour une tuméfaction du plancher buccal gauche.

Celle-ci a été découverte par hasard dans les mois précédents par la malade. Celle-ci était alors porteuse d'un aphte, et c'est en portant le doigt sur le plancher qu'elle a découvert cette petite tuméfaction. La taille, en augmentant progressivement de volume, a inquiété la malade.

Cette tuméfaction ne s'accompagne d'aucun signe fonctionnel, soit au niveau du plancher buccal, soit au niveau de la sous-maxillaire en particulier ; il n'y a jamais eu de hernie ni de douleurs à type de colique.

L'examen exo-buccal est normal.

L'examen endo-buccal : dès l'ouverture de la bouche, on note derrière une région prémolaire édentée, sous une muqueuse légèrement érythémateuse, une petite tuméfaction. Celle-ci est de la taille d'une olive, disposée obliquement et s'étendant en avant jusque dans la région rétro-incisive, près de l'ostium du Wharton, par où s'écoule une salive claire.

La palpation montre que cette tuméfaction est ferme, mobile sous la muqueuse, indolente ; il existe entre elle et l'os un sillon net, tandis qu'en dedans elle se perd vers la langue.

La glande sous-maxillaire est normale, ainsi que le système dentaire.

Des radios sont pratiquées sans préparation et ne montrent pas de calcul.

Il n'a pas été fait de sialographie, une coxarthrose bilatérale et des conditions sociales défavorables rendant difficiles les transports.

Cependant, le diagnostic clinique presque affirmé, on intervient en janvier sous Nargénol. Ablation de la glande sublinguale gauche par voie endo-buccale. Le Wharton n'est pas repéré.

L'anatomo-pathologiste nous a répondu : les prélèvements effectués à partir de cette pièce opératoire intéressent une glande sublinguale dont certains lobules sont le siège d'une dédifférenciation canaliculaire assez importante, avec dilatation des canaux excréteurs et même formation d'une volumineuse cavité kystique. Il existe une régression adipeuse assez marquée.

C'est la glande sublinguale la plus atteinte que nous ayons retirée, alors que son atteinte était tout à fait latente cliniquement.

OBSERVATION N° 10

Mlle B..., âgée de vingt-trois ans, vient nous consulter, en novembre 1961, pour une tuméfaction limitée du plancher buccal à droite.

La découverte en remonte à trois semaines sans signes généraux ni fonctionnels. La tuméfaction a d'emblée atteint son volume actuel.

L'examen exo-buccal montre que la tuméfaction est visible. Lors d'efforts de déglutition, celle-ci fait bomber le plancher.

Examen endo-buccal : la tuméfaction est allongée d'avant en arrière, régulière, allant de la région sous-maxillaire jusqu'au frein de la langue.

Elle est ferme, indolore, bien limitée, distincte du maxillaire.

La salive est abondante et claire.

Une sialographie est pratiquée le 8 novembre 1961.

L'instillation de 1,5 cm³ n'a pu être pratiquée complètement. Néanmoins, les images obtenues mettent en évidence une opacification partielle de la sous-maxillaire, mais surtout une sublinguale très volumineuse dont le canal débouche pratiquement à l'ostium du canal de Wharton. Les lobules de la sublinguale sont bien différenciés, présentent des signes inflammatoires banaux. Les clichés d'évacuation pratiqués quarante-huit heures après mettent en évidence une stase lipodolée très accentuée.

Le 4 décembre 1961 : incision de la partie externe du plancher buccal droit. Découverte sous la muqueuse d'une volumineuse glande. De la partie antérieure de la glande, part un canal très clair qui se termine au niveau de l'ostium. Au cours de l'intervention, le Wharton n'est pas retrouvé. Dissection du lingual. Avec la sublinguale, le prolongement antérieur de la sous-maxillaire est enlevé.

Le compte rendu histologique confirme l'ablation de la sublinguale et de tissu sous-maxillaire. Elle met seulement en évidence quelques canaux excréteurs dilatés avec mucus à l'intérieur. Le reste de la glande est saine.

OBSERVATION N° 11

M. T..., médecin radiologue, âgé de trente-huit ans, vient consulter en novembre 1961 pour une tuméfaction sublinguale.

Le début de l'affection remonte à 1956. Dans l'année, trois à quatre crises douloureuses, lors des repas, dans la région sublinguale gauche, sans gonflement. Chaque crise durait environ cinq à six minutes.

Une radiographie prise à ce moment ne montre pas de calcul.

Mais depuis 1960, le malade a noté la reprise des phénomènes. La douleur ne paraît pas influencée par les repas, elle apparaît à n'importe quel moment, débutant et disparaissant brusquement.

L'examen exo-buccal est normal.

L'examen endo-buccal note une tuméfaction sublinguale gauche, de la taille d'une noix, allongée d'avant en arrière, d'aspect bosselée, bleuâtre, due à de nombreuses veines sous-muqueuses. Cette masse est à distance de la table interne, remontant vers la face inférieure de la langue.

A la palpation, elle est de consistance molle, paraît située en dedans du trajet du Wharton.

Il n'est pas perçu de calcul, l'orifice du Wharton est normal, la pression de la glande sous-maxillaire fait sourdre une salive normale.

Des sialographies, où sont opacifiés les systèmes sublingual et sous-maxillaire, mettent en évidence : une dilatation importante des canaux et des canalicules tant sur la glande sous-maxillaire que sur la glande sublinguale qui apparaît en avant, immédiatement en arrière de l'ostium. L'aspect du parenchyme réalise des images en arbre mort tout à fait caractéristiques.

Il s'agit d'une sublingualite et d'une sous-maxillite associée d'origine réflexe. Le malade n'a pas été opéré.

OBSERVATION N° 12

M. S..., soixante-quatre ans, vient consulter pour une tuméfaction inter-maxillo-linguale droite.

La découverte de cette tuméfaction remonte à deux mois environ par des douleurs à type d'angine latéralisée, difficulté à la mobilisation de la langue, gêne à la déglutition. Il n'y a jamais eu de symptomatologie salivaire à type de gonflement ou de tiraillement sous-maxillaire.

L'examen exo-buccal révèle une légère asymétrie faciale sans spécificité ; il n'y a pas de tuméfaction sous-maxillaire ou sous-mentale.

L'examen endo-buccal montre une tumeur allongée et molle située entre la langue en dedans et la mandibule en dehors dont elle est séparée par un sillon. Elle est située en avant et en dehors du trajet du Wharton.

La pression de la sous-maxillaire fait sourdre une salive normale.

Enfin, la tuméfaction fait saillie lorsque l'on repousse le plancher de bas en haut.

Il s'agit vraisemblablement d'une lésion de la sublinguale.

Nous n'avons pas pu retrouver les clichés radiologiques.

Le 17 mai, exérèse de la glande sublinguale droite sous Nargénol.

Au cours de l'intervention, on ne note pas d'abouchement du canal de Rivinus dans le Wharton.

Le 21 mai, compte rendu anatomo-pathologique : il s'agit d'une glande muqueuse correspondant à l'aspect habituel de la sublinguale. Les canaux excréteurs sont dilatés, mais les acinis sont histologiquement normaux, sauf au niveau de très petit lobules qui présentent des images de différenciation assez modérée. La sclérose collagène détermine une lobulation assez marquée de cette formation.

C'est la glande la moins atteinte que nous ayons retirée.

CONCLUSIONS

Nous pouvons tirer de cette étude les conclusions suivantes :

I. — L'atteinte des sublinguales est rare : en dix ans, il n'a été retrouvé à la Clinique Stomatologique que 11 cas de sublingualite.

II. — Les lésions histologiques sont les mêmes, qu'il s'agisse de la sous-maxillaire ou de la parotide, mais la sublinguale possède une particularité, à savoir que les lésions ne sont pas diffuses, mais au contraire localisées et partielles. Peut-être est-il possible d'invoquer le caractère anatomique de la glande (juxtaposition de deux glandes de drainage différent) pour expliquer ce phénomène.

III. — Si les sublingualites se révèlent parfois par des signes tumoraux du plancher, volontiers elles revêtent des signes sous-maxillaires trompeurs.

IV. — Il n'y a pas de parallélisme entre l'intensité des signes cliniques et radiologiques et celle des lésions microscopiques.

V. — Intérêt des examens sialographiques qui, dans certains cas, ont permis l'opacification du système sublingual, et dont les images sont celles rencontrées lors d'une atteinte des glandes salivaires en général. Ils nous ont permis, dans les cas d'opacification du système sublingual, de démontrer l'abouchement du canal de Rivinus dans le canal de Wharton, ce qui est nié par certains anatomistes.

VI. — Le seul traitement est chirurgical. Mais toutes les pièces doivent être examinées, parfois seul l'examen histologique redresse le diagnostic.

VII. — Enfin la sublingualite, si elle est l'apanage de l'âge mûr, peut aussi apparaître chez le jeune adulte. Surtout, et ceci contrairement à toutes les statistiques publiées à ce jour, il semble qu'elle atteigne les femmes dans une proportion de deux femmes à un homme, chiffre inverse qu'il est classique de rencontrer.

Vu, le Doyen :
CORDIER

Vu, le Président de Thèse :
DECHAUME

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

- ALLING (C.C.). — Lithiase salivaire. (*Oral Surgery*, 1955, 8, 595-597.)
- BECK. — Inflammation des glandes salivaires. (*Surg. Gyn. Obst.*, 1942, 74, 609-615.)
- BRANCA et VERNE. — Précis d'histologie. (Masson.)
- CANNING. — Sublingual mumps. (*Britain Medicin Journal*, janvier 1953, 130.)
- CERNÉA (P.) et coll. — Kyste dermoïde des glandes buccales. (*Actualités Odonto-Stomatologiques*, juin 1961, 54, 197-220.)
- CHAMPY. — Précis d'histologie. Histologie des organes. (Baillière.)
- DECHAUME. — Parotidite et sous-maxillites réflexes. (*Presse Médicale*, octobre 1943, n° 4, 596.)
- Précis de stomatologie. 3^e édition. (Masson.)
- Lithiase sublinguale. (*Presse Médicale*, 18 octobre 1950, 65, 1159-1160.)
- DECHAUME et BONNEAU. — *Sialographie*, avril 1951, n° 28, 561-567.
- DECHAUME, BONNEAU, PAYEN et MASSE (Mme). — Hypertrophie parotidienne dite essentielle. (*Presse Médicale*, octobre 1955, 63, n° 68, 1402-1404.)
- DECHAUME et coll. — Sublingualites. (*Presse Médicale*, 27 septembre 1961, 69, n° 40, 1718-1721.)
- DUBREUIL et BAUDRIMONT. — Précis d'histologie.
- EDMON et SEWARD. — Calculi of salivary ducts. (*J.A.M.A.*, 1920, 74, 881-884.)
- E.M.C. — Bercher, Hénault, Panet, fascicule 22.057 D10.
- GARDNER et HAFT. — Relation d'un cas de sialadénite occlusive chronique de sublinguale. (*Oral Surgery*, novembre 1960, 13, n° 11, 1295-1299.)
- JERRY et SEIGMAN. — Chronic sialadenitis and sialopathy. (*Oral Surgery*, mai 1955, 8, 463-478.)
- GRELLET. — Cours de pathologie stomatologique professé à la Faculté de Médecine de Paris.

- GRELLET et MARC. — Lithiase salivaire. (*Gazette Médicale de France*, 10 juin 1956, 63, p. 1037.)
- MAC GREGOR. — Grenouillette sublinguale. Kyste dermoïde et lipome. (*Oral Surgery*, 1959, 12, 334-342.)
- HARRISON. — Calcul des glandes salivaires. (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, octobre 1926, 43, 431-432.)
- HOONER. — Obstructive of salivary ducts. (*S. Clin. North America*, avril 1931, 11, 303-313.)
- KING et KOERNER. — Sialadénite chronique. (*J.A.M.A.*, 9 août 1958, 167, n° 15, 1813-1817.)
- NEW and HARPER. — Inflammation chronique des glandes salivaires avec ou sans calcul. (*Surg., Gyn. and Obst.*, octobre 1931, 53, 456-460.)
- OLIVIER (G.). — Nomenclature anatomique. (Paris, Vigot, 1959.)
- POIRIER. — Traité d'anatomie humaine.
- REDON. — Chirurgie des glandes salivaires. (Masson, 1955.)
- REDON et GRELLET. — Sialographie. (*Presse Médicale*, décembre 1951.)
- ROSE (S.S.). — Clinical and radiologic survey of 192 cases of recurrent swellings of salivary glands. (*Ann. Roy. Coll. Surgeons England*, décembre 1954, 15, 374-401.)
- ROUSSY, LEROUX et OBERLING. — Anatomie pathologique. (Masson, 1950.)
- ROUVIÈRE. — Traité d'anatomie.
— Précis d'anatomie et de dissection.
- SWINTON et WARREN. — Tumeur des glandes salivaires : 81 cas. (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, octobre 1938, 67, n° 4, 424-436.)

